Utilisation du code 5 de la CCAM mode d'emploi CSMF 2015 dans les conditions CCAM YD

Ce code permet de coter un **2ème acte** à taux plein dans un temps différent du même jour, **par dérogation à la règle générale. Il ne peut être systématique.**

Quelques notions de base :

• En NGAP :

-pas de cumul de la Consultation avec un autre acte (sauf exceptions précisées dans la nomenclature) **au cours de la même séance, ce qui ne signifie pas le même jour.**

-cumul limité pour les actes techniques à deux actes (sauf exceptions) **au cours de la même séance,** cotation à 50% pour celui dont l'honoraire est le moins élevé.

• En CCAM :

-pas de cumul de la Consultation avec un autre acte (sauf exceptions) **dans le même temps, ce qui ne signifie pas le même jour.**

-cumul limité pour les actes techniques à deux actes (sauf exceptions) **dans le même temps, ce qui ne signifie pas le même jour,** 50% (code 2) pour l'honoraire le moins élevé**.**

1) Le libellé dans la CCAM du code 5 :

Article III-3.B.2.h du Livre III de la CCAM précise :

Si pour des **raisons médicales ou dans l'intérêt du patient**, un médecin réalise des actes à des **moments différents et discontinus de la même journée**, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le **justifier dans le dossier médical** du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

Par conséquent, chaque dossier doit comporter clairement la raison de l'utilisation du Code 5. Tous les actes doivent être utiles et nécessaires pour répondre à l'obligation de soigner suivant « *la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. » (Article L.162-2-1 du code SS).* Les 2 raisons du libellé de l'article, inscrites dans le Livre III de la CCAM, sont assez larges, mais non documentées. Il ne peut y avoir de refus systématique administratif par les Caisses à priori Lettre réseau LR/DGGOS/59/2006). Seul le contrôle médical a posteriori est pertinent.

Il n'est pas obligatoire de réunir les deux conditions (raisons médicales ou intérêt du patient); une seule condition suffit.

A notre avis, dans l'état du texte, **sur le plan des raisons médicales**, ce sont les conclusions du premier examen, qui doivent motiver le second, et non, par exemple, une convocation du patient pour une série d'actes programmés le même jour. La nécessité médicale de faire ce deuxième examen dans un temps rapproché nous paraît importante, ainsi que le caractère non systématique de l'utilisation du code 5.

L'intérêt du patient recouvre à priori des situations assez diverses qui sont **à évaluer au cas par cas**. Par exemple :

- Les patients à mobilité réduite
- Ceux qui ne se déplacent qu'en VSL ou qui éprouvent de grandes difficultés à se faire conduire
- Une importante distance entre le domicile et la structure médicale.
- Un départ prochain du patient dépendant des résultats des examens
- L'état psychologique du patient faisant craindre le non suivi s'ils ne sont pas réalisés dans la journée.
- … .

2) la jurisprudence :

Les deux actes cotés à taux plein doivent être des examens **indépendants**, utilisant des **techniques différentes** et être **effectués de manière discontinue** en des **temps différents**, donc n'ayant pas été réalisés au cours d'une même séance (équivalent à notre avis du « même temps » actuel dans la CCAM). La réalisation dans des locaux différents, suivant une fréquence non analogue, avec une préparation différente, sont des éléments aussi retrouvés, mais de façon moins constante.

La durée de l'interruption entre les actes n'a jamais été précisée dans la jurisprudence. La CSMF avait soumis la notion de « séance » à l'Académie Française pour qu'elle en situe les contours. La Commission du dictionnaire s'est penchée sur la question au cours de sa réunion du jeudi 6 janvier 1994, Maurice DRUON, alors Secrétaire Perpétuel de l'Académie française, a alors répondu le 12/1/1994 :

« L'idée de séance implique celle d'un temps limité et déterminé. C'est ainsi qu'on ouvre une séance et qu'on la ferme. ...il est clair que séance désignera un acte ou une action dont les limites temporelles sont déterminées. La durée d'une séance sera donc, comme vous le pensez vous-même, équivalente à la durée de l'acte médical pratiqué. ».

La Cour de Cassation le 17/10/96 (du temps de la NGAP) avait confirmé notre interprétation :

« Attendu que le Tribunal, après avoir relevé que la fibroscopie haute et l'échographie abdominale sont des examens indépendants, utilisant des techniques différentes, effectués de manière discontinue en des temps différents, a pu en déduire que ces actes distincts n'ayant pas été réalisés au cours d'une même séance devaient être cotés à temps plein par le praticien ; ».

La Cour de cassation le 3/02/2011 (donc en CCAM) rappelle qu'il est possible de coter une consultation et une échographie à taux plein : *« Attendu qu'en application de ces textes, donnent lieu à des cotations distinctes la consultation prénatale et l'échographie, correspondant à des examens indépendants, réalisés en des temps différents, et avec du matériel distinct, selon une fréquence non analogue et poursuivant des objectifs distincts » « dès lors qu'ils ne sont pas réalisés au cours d'une même séance de manière ininterrompue, même s'ils sont pratiqués le même jour par le même praticien. »*

Cependant, certains de ces éléments viennent d'être remis en cause par l'arrêt n° 1043 du 20 juin 2013 (12-17.830) de la Cour de cassation - Deuxième chambre civile, qui stipule :

Mais attendu que l'arrêt retient, par motifs propres et adoptés, que M. X... a réalisé, le même jour, soit une consultation et un acte technique d'imagerie ou d'échographie, soit une consultation et un acte technique médical ; que ces actes ont été réalisés le même jour et au sein de la même structure, dans la suite normale de l'acte de consultation, sans aucune nécessité de procéder à une interruption, le délai d'une ou deux heures entre les actes s'expliquant uniquement par l'occupation des salles d'examen ; que l'arrêt retient, que M. X… ne peut valablement soutenir que le simple fait de faire attendre ses patients en salle d'attente avant de procéder aux actes techniques en cas de surcharge de la salle d'examen, lui permet de s'affranchir des dispositions de l'article III-3 de la classification commune des actes médicaux et de procéder à une double facturation ;

Donc au sein d'une même structure, une interruption d'une à deux heures, liée notamment à l'occupation des salles (même si ici il s'agissait d'un cumul consultation – acte technique) ne suffit pas pour justifier le cumul de cotation à taux plein.

3) Le contentieux en cas de refus du contrôle médical des Caisses

Il peut sembler légitime d'aller au contentieux lorsqu'on pense que les caisses ont une interprétation restrictive de la législation pour refuser les associations à taux plein en Code 5. Toutefois, **certains éléments sont à prendre en compte**.

Certains contentieux peuvent avoir des retombées potentiellement négatives qui s'appliqueront à l'ensemble des confrères. L'association de deux actes à taux plein (Code 5 en CCAM) a été imposée aux Caisses par la jurisprudence. Celle-ci a été constante jusqu'en 2011. Toutefois, une première brèche est apparue en Cassation en juin 2013.

Il faut donc que les contentieux éventuels reposent sur des **dossiers solides argumentés, avec le motif du code 5 dans chaque cas** et soient **bien défendus**, avec l'avis et l'aide du syndicat.